مقاله اصیل پژوهشی

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی در بهبود افسردگی بیماران مبتلا به سرطان

معصومه پیشگر[1]، محسن ندیمی[2]، رضا دستجردی[3]، فاطمه شهابی‌زاده[4]

چکیده

زمینه و هدف: متناسب با سبب‌شناسی افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان، شیوه‌های درمانی مختلفی شناخته شده است که یکی از آنها رفتاردرمانی دیالکتیکی است. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر بهبود افسردگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل از بین بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به مراکز شیمی درمانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۱، ۲۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. افراد گروه مداخله در ۱۶ جلسه نود دقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی شرکت کردند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه افسردگی Beck بود که پایایی آن با استفاده از Cronbach Alpha ۰/۹۲ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ و آزمونهای آماری Paired T Test، لوین و تحلیل کوواریانس در سطح معنی‌داری ۰/۰۵تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره افسردگی افراد گروه مداخله پس از آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی از ۱۴/۱۱±۴/۴ به ۵/۹۲±۳/۸۷ کاهش یافته است($p<۰/۰۰۱$) ولی در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره افسردگی قبل و بعد از آموزش مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند افسردگی بیماران سرطانی را کاهش دهد. لذا از این یافته می‌توان در راستای برنامه‌ریزی یا استفاده از چهارچوب نظریه شناختی در کاهش و یا جلوگیری از افزایش افسردگی بیماران سرطانی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی- بیماران سرطانی- رفتاردرمانی دیالکتیکی

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۳؛ ۱۱ (۲):۹۴-۱۰۲

دریافت: ۹۲/۱۰/۰۴ اصلاح نهایی: ۹۳/۰۱/۲۰ پذیرش: ۹۳/۰۳/۲۶

نویسنده مسئول: محسن ندیمی، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه آزاداسلامی واحد بیرجند، عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان. بیرجند، ایران.
آدرس: فارس، زاهدشهر، خیابان امام خمینی، کوچه ۱۳۱، پلاک۱.
تلفن: ۰۹۱۷۹۳۳۰۵۸۲ نمابر: ۰۷۳۲۳۵۲۳۳۲۲ e.mail: tachara_alavi@yahoo.com

[1] کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.
[2] کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه آزاداسلامی واحد بیرجند، عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان. بیرجند، ایران.
[3] استادیار گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.
[4] استادیار گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه آزاداسلامی واحد بیرجند. بیرجند، ایران.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

علی‌رغم پیشرفتهای قابل توجه علم پزشکی، همچنان سرطان به عنوان یکی از مهمترین بیماری قرن حاضر در بین علت مرگ و میر، بعد از بیماریهای قلبی و عروقی است. این بیماری با تغییر شکل سلولها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود. در حال حاضر سالیانه بیش از هفت میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا در سال ۲۰۲۰، سالانه از ده میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد.(۱)، سرطان به عنوان یک بیماری ناتوان‌کننده و صعب‌العلاج در جامعه تلقی می‌شود و فرد به دنبال تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد، به طوری که ضرورت بستریهای مکرر و نگرانیهای مداوم برای بیماران و خانواده آنها فرد را به سمت و سوی اختلالات روانی می‌کشاند.(۲)، سرطان، استقلال و توانایی فرد را برای ایفای نقش مهم در خانواده و اجتماع تهدید کرده و فرد را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد، بنابراین کاهش میزان عزت‌نفس در بیماران مبتلا به سرطان امری قابل پیش‌بینی و بااهمیت است که می‌تواند منجر به بروز واکنش‌پذیری از قبیل افسردگی، اضطراب، ترس و نفرت از خود شود.(۳)، مطالعات زیادی نشان داده است که یکی از آسیبهای بهداشت روان شایع در بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی است.(۴)، افسردگی برای بیماران سرطانی بسیار زیان‌بار است زیرا مستلزم تسلیم در برابر بیماری است. افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی‌کنند و فرصتهای بهتر زندگی کردن در باقی مانده عمر را از دست می‌دهند.(۵)، اعتقاد بر این است که درمان به شیوه گروهی در بیشتر اختلالات روانی مؤثر است(۶)، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خود را با اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود، ضمن اینکه تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می‌گیرد، با فرد جدید آشنا شده، احساس قدرت می‌کند و اعتماد به نفس وی بالا می‌رود.(۷)، بسیاری از بیماران سرطانی هم تفکر افسرده دارند و هم در سطح تمرکز و میزان توجه خود، کاهش نشان می‌دهند و همین امر باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود.(۸)، محققان تأیید کرده‌اند که افسردگی در بین بیماران سرطانی بیش از سایر اختلالات روانپزشکی شایع است.(۹)

امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در بهبود افسردگی بیماریهای مزمن جسمی نظیر سرطان مورد تأیید قرار گرفته و با گسترش روزافزون رشته روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسان نقش فعال‌تری در فرایند درمان این بیماریها بر عهده گرفته‌اند. برخی از مداخلات و رویکردهای روان‌شناختی که تاکنون در درمان افسردگی بیماران مبتلا به سرطان مورد پژوهش واقع شده‌اند عبارتند از: شناخت درمانی، معنویت درمانی، درمان وجودی، رفتاردرمانی شناختی، گروه درمانی. در بین درمانهای مطرح شده، رفتاردرمانی شناختی به دلیل ساخت و کارکرد خاص آن، تغییر سبک تفکر همزمان با تغییر رفتار بیمار و اجرای آسان آن برای بیمار، توانسته است توجه پژوهشگران و روان‌شناسان را در دهه اخیر بیشتر به خود جلب کند و به عنوان یکی از رویکردهای انتخابی در درمان افسردگی این بیماران مطرح شود.(۱۰)، مطالعاتی نیز در جهت تأیید اثربخشی رفتاردرمانی شناختی وجود دارد اما در برخی از پژوهشهای صورت گرفته این اثربخشی به چالش کشیده شده و در آن تردید وجود دارد. Oei و Dingle، تحقیقهای زیادی را در مورد تأثیر درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی انجام دادند اما یافته‌های این تحقیقها با یکدیگر سازگار نبودند و بیان کردند که این روش نیاز به بررسیهای بیشتری دارد.(۱۱)، همچنین Brother در تحقیقهایی که در زمینه درمانهای موجود در کاهش افسردگی بیماران سرطانی انجام دادند به این نتیجه دست یافت که شواهد تجربی در زمینه نقش فرایندهای گروهی در درمانهای گروهی به ویژه درمان شناختی رفتاری هنوز ضعیف می‌باشد و نیاز به مطالعه و تحقیق بیشتری دارد.(۱۲)، با توجه به مطالب ذکر شده و وجود تناقضاتی در اثربخش بودن رویکردهای مطرح شده، نیاز به وجود رویکردی جدید که دارای حمایت تجربی بالایی نیز باشد ضروری به نظر می‌رسد. انجمن روان‌شناسی آمریکا درمانهای مبتنی بر پذیرش و تعهد را به عنوان یک درمان تجربی معتبر و برخوردار از حمایت پژوهشی معرفی می‌کند. رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از انواع درمانهای شناختی رفتاری موج سوم است که علاوه بر تغییر رفتاری، از راهکارهای پذیرش و ذهن‌آگاهی نیز برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند که این

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

را می‌توان از امتیازهای این رویکرد نسبت به رویکردهای پیشین نام برد. رفتاردرمانی دیالکتیکی که در سال ۱۹۹۳ توسط Linehan طراحی شد، تغییر درمان سنتی رفتاردرمانی شناختی را با راهبردهای پذیرش برگرفته از آموزه‌ها و اعمال شرقی ترکیب می‌کند که هدف از آن کاهش رنج افراد درگیر در مشکلات هیجانی نظیر افسردگی می‌باشد و برای رسیدن به این هدف مهارتهای ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و روابط بین‌فردی را در یک پروتکل استاندارد گنجانده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارتهای ذکر شده باعث افزایش احساس کنترل درد، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کاهش افسردگی و حالات هیجانی منفی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌گردد.(۱۳)، میزان تحمل افراد در مقاومت و تجربه شرایط منفی را تحمل پریشانی می‌گویند. تحمل پریشانی پایین به رفتارهای تکانشی و فرونشانی درد و رنج فرد می‌انجامد و درمان این ساختار نقش مهمی در کاهش رفتارهای منجر به خودکشی ایفا می‌کند.(۱۴)، تنظیم هیجانی به معنای توانایی افراد برای اثرگذاری بر نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان هیجان، تغییر طول مدت یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و بدنی هیجان است و به طور هشیار یا ناهشیار از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان انجام می‌گیرد.(۱۵)، عدم تنظیم هیجان می‌تواند از عوامل زمینه‌ساز در شروع اختلالات روانی مانند افسردگی باشد. ارتباط افسردگی و دشواریهای تنظیم هیجانی در مطالعات انجام شده مورد بررسی قرار گرفته است.(۱۶)، همچنین، افسردگی با نشخوار فکری ارتباط دارد.(۱۷)، سرگردانی ذهن افراد درباره اتفاقات گذشته و آینده و نیز نگرش قضاوت گرایانه درباره تجربیات، واکنشهای هیجانی را در پی‌دارد. ذهن‌آگاهی مهارتی است که به موجب آن حوادث در زمان حال با میزان ناراحتی کمتری ادراک می‌شود. وقتی توجه ما به زمان حال است، درگیر گذشته یا آینده نیستیم. درحالی که بیشتر مشکلات روانی از تمرکز بر گذشته ناشی می‌شود.(۱۸)، مهارتهای اجتماعی نیز به طور ثابت و مثبت با همه شاخصهای بهزیستی روان‌شناختی و روابط مثبت با دیگران مرتبط است. حساسیت بین‌فردی بالا و وابستگی در بیماران افسرده و مضطرب بیش از نمونه‌های سالم می‌باشد.(۱۹)

تا به امروز رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان شماری از مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی به کار گرفته شده و اثربخشی آن نیز به اثبات رسیده است.

با توجه به شیوع افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و ضرورت استفاده از درمانهای کارآمد و به‌روزتر، از آنجایی‌که رفتاردرمانی دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح رفتاردرمانی شناختی است و به عنوان درمانی نوپا در مراکز علمی معتبر جهان بسیار مورد توجه و کاربرد برای فوریتها و مداخله در بحرانها و درمان بیماران آشفته و اختلالهای پیچیده قرار گرفته است، تاکنون اثربخشی آن در درمان افسردگی بیماران مبتلا به سرطان مورد پژوهش واقع نشده است، لذا با توجه به عدم وجود پیشینه‌ای در این زمینه، لازم است اثربخشی آن مورد پژوهش قرار گیرد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی در بهبود افسردگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، از بین بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به مراکز شیمی درمانی واقع در بیمارستانهای نمازی و امیر شهر شیراز در زمستان سال ۱۳۹۱، ۲۶ نفر که بر اساس پرسشنامه افسردگی Beck نمره ده و بالاتر را کسب کردند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در بین افراد که همگی را زنان تشکیل داده بودند، تنها دو نوع سرطان وجود داشت (تعداد ۲۲ نفر مبتلا به سرطان پستان و تعداد چهار نفر مبتلا به سرطان رحم) و از این تعداد، ۲۱ نفر تحت عمل جراحی سینه یا رحم قرار گرفته بودند که برای تکمیل درمان نیاز به شیمی درمانی داشتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص بیماری سرطان توسط پزشک متخصص، داشتن سواد در حد خواندن و نوشتن، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی و اضطراب حین دوره آموزش، دارا بودن علائم افسردگی طبق آزمون افسردگی بک با نمره برش ده، دارا بودن حداقل سن بیست و حداکثر شصت سال و معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: داشتن اختلالهای روان‌پریشی، دو قطبی و یا افسردگی شدید طبق DSM-IV، ابتلا به بیماری

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

جسمانی خاص در زمان اجرای مطالعه که مانع از حضور مفید و مستمر بیمار در گروه شود یا مانع اجرای صحیح و مناسب آموزش شود مانند وجود حالت تهوع و استفراغ‌های شدید و مکرر خارج از کنترل، ابتلا به صرع یا تشنج، سوء مصرف مواد، بی‌اختیاری در کنترل ادرار یا مدفوع، که تمام این موارد قبل از برگزاری جلسات آموزشی توسط پژوهشگر کنترل و مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه افسردگی Beck- نسخه دو (BDI-II) بود. این ابزار یک پرسشنامه ۲۱ سؤالی خود گزارش‌دهی است که توسط Beck، برای ارزیابی نشانگان افسردگی طراحی شده است. نمره کلی از صفر تا ۶۳ است و طراحان آن، نمره ده تا بیست را افسردگی خفیف، نمره بیست تا ۲۸ را افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ را افسردگی شدید در نظر می‌گیرند. این پرسشنامه توسط Ghasemzadeh و همکاران ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی شده است. ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۸۷٪ و پایایی آزمون- بازآزمون ۷۳٪ به دست آمده است.(۲۰)

پس از انتخاب افراد و قرارگرفتن آنها در گروههای مداخله و کنترل، پرسشنامه افسردگی Beck در دو گروه اجرا شد. سپس گروه مداخله به مدت ۱۶ جلسه یک و نیم ساعته تحت آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه آموزشی دریافت نکردند. برنامه آموزشی به این صورت انجام گردید: دو جلسه آموزش ذهن‌آگاهی، چهار جلسه آموزش تحمل آشفتگی، چهار جلسه آموزش راهبردهای تنظیم هیجان، دو جلسه ذهن‌آگاهی و در انتها چهار جلسه آموزش مهارتهای بهبود روابط بین فردی.

خلاصه‌ای از مهارت‌آموزی رفتاردرمانی دیالکتیکی که بر اساس تکنیکهای رفتاردرمانی دیالکتیکی Mckay، Wood و Brantley انجام گردید بدین شرح است:

جلسه اول: پس از آشنایی اولیه و معرفی متقابل افراد به یکدیگر، درباره رفتاردرمانی دیالکتیکی و هدف آن توضیحاتی داده شد. سپس آموزش با این موضوعات شروع شدند: تمرین بی‌توجهی، ذهن خردمند و شهود.

جلسه دوم: تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسبها.

جلسه سوم: پذیرش بنیادین، توجه برگردانی از رفتارهای خود جرحی، توجه برگردانی از طریق فعالیتهای لذت‌بخش، توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، توجه برگردانی از افکار.

جلسه چهارم: توجه برگردانی از طریق ترک موقعیت، توجه برگردانی از طریق تکالیف و کارهای روزمره، توجه برگردانی از طریق شمارش، خودآرامش بخشی.

جلسه پنجم: تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزشها، شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر، تعیین وقت استراحت برای خود.

جلسه ششم: زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق گرایانه، پذیرش بنیادین، خودگوییهای تأییدگرایانه، راهبردهای مقابله‌ای جدید.

جلسه هفتم: شناخت هیجان و چیستی هیجان، غلبه بر موانع هیجانهای سالم، هیجانها و تبدیل شدن به رفتار.

جلسه هشتم: کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجانهای آشفته‌ساز، مشاهده خویشتن بدون قضاوت درباره خویشتن.

جلسه نهم: کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجانهای مثبت، توجه آگاهانه به هیجان بدون قضاوت درباره هیجان.

جلسه دهم: رویارویی با هیجان، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی، حل کردن مسئله.

جلسه یازدهم: قضاوت نکردن و تجارب روزمره، ارتباط آگاهانه با دیگران.

جلسه دوازدهم: انجام کار مؤثر، توجه آگاهانه در زندگی روزمره، برنامه روزانه توجه آگاهی.

جلسه سیزدهم: توجه آگاهانه، مهارتهای کلیدی بین فردی، موانع استفاده از مهارتهای بین فردی.

جلسه چهاردهم: شناسایی آنچه که می‌خواهید، تعدیل شدت خواسته‌ها.

جلسه پانزدهم: گوش کردن جسارت‌مندانه، نه گفتن.

جلسه شانزدهم: چگونگی مذاکره، چگونگی تحلیل مشکلات بین‌فردی.(۲۱)

لازم به ذکر است که جلسات مهارت‌آموزی توسط پژوهشگر و در بیمارستان نمازی به صورت دو بار در هفته برگزار گردید. ابتدای هر جلسه حدود ۱۵ دقیقه به پاسخگویی سؤالات و رفع ابهامات در

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

خصوص تمرینات خانگی جلسه قبل اختصاص داده می‌شد، سپس حدود ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به آموزش مهارتهای ذکر شده مختص هر جلسه اختصاص می‌یافت و در انتها تمرینات جدید آموزش داده شده تمرین می‌شد. پس از اتمام جلسات آموزشی افراد دو گروه مجدداً پرسشنامه افسردگی را تکمیل کردند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ و آزمونهای آماری Paired T Test، لوین و کوواریانس در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سن زنان موردمطالعه ۱۱/۲±۴۲ سال بود و سن آنها در دامنه ۲۲ تا ۵۸ سال قرار داشت. ۵ نفر از افراد مورد مطالعه (۱۹/۲٪) مجرد و ۲۱ نفر (۸۰/۸٪) متأهل بودند. سطح تحصیلات بیشتر افراد (۶۹/۲٪) دیپلم بود.

نتیجه Paired T Test نشان داد که میانگین نمره افسردگی در افراد گروه مداخله بعد از آموزش نسبت به قبل از آن به طور معنی‌داری کاهش داشت($p<۰/۰۰۱$) ولی در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. (جدول ۱)

قبل از بررسی نتایج در رابطه با فرضیه پژوهش از همگنی شیبهای رگرسیون و فرض برابری واریانسها، توسط تحلیل واریانس و آزمون لوین جهت استفاده از آزمون کوواریانس اطمینان حاصل شد که نتایج نشان داد مفروضه همگنی شیبهای رگرسیون ($p=۰/۴۰$ و $F=۵/۶۹$) و همگنی واریانس برای متغیر موردمطالعه رد نشد ($p=۰/۲۹$ و $F=۱۳/۵۲$). (جدول ۲)

نتایج نشان داد که اثر نمره افسردگی قبل از مداخله معنادار شده است که با توجه به تحلیل کوواریانس و حذف نمرات پراش، تفاوت بین دو گروه معنادار می‌باشد($p<۰/۰۰۱$) و چنین استنباط می‌شود که اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود نشانه‌های افسردگی بیماران سرطانی مؤثر واقع شده است.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره افسردگی قبل و بعد از آموزش در افراد گروه مداخله و کنترل

گروهها	قبل از آموزش	بعد از آموزش	P-value
	انحراف‌معیار±میانگین	انحراف‌معیار±میانگین	
مداخله	۱۴/۱۱±۴/۴۰	۵/۹۲±۳/۸۷	<۰/۰۰۱
کنترل	۱۳/۶۲±۴/۹۰	۱۳/۴۸±۴/۰۱	۰/۱۲

جدول ۲: نتایج تحلیل آزمون لوین برای بررسی پیش‌فرضهای همگنی شیبهای رگرسیون و همگنی واریانس

متغیر	همگنی واریانس		همگنی شیبها	
	آزمون لوین	P-value	شاخص F	P-value
افسردگی	۱۳/۵۲	۰/۲۹	۵/۶۹	۰/۴۰

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثر آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی افراد موردمطالعه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	شاخص F	P-value	مجذور اتا
قبل از مداخله	۳۴۱۵/۲۱۷	۱	۳۴۱۵/۲۱۷	۳۷۸/۳۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۱
گروه	۱۵۶۲/۲۶۴	۱	۱۵۶۲/۲۶۴	۱۷/۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۱
خطا	۳۲۶۱/۳۷۰	۲۳	۷۸/۳۱۶			

بحث

نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر افسردگی بیماران سرطانی تأثیر داشته و موجب بهبود افسردگی شده است ($p<۰/۰۰۱$). یافته‌های مطالعه حاضر همسو با پژوهش Feldman و همکاران(۲۲)، Karbalaee Mohammad Meigoni و همکاران(۲۳) و Alavi و همکاران(۲۴) می‌باشد. Feldman و

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

همکاران تغییر در پردازش هیجانات در طول آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی، برای اختلال افسردگی اساسی را مورد بررسی قرار دادند. گروه آزمایش به مدت ۱۶ هفته تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی به همراه دارو درمانی قرار گرفت. با ارزیابیهای انجام شده مشخص گردید که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پردازش عاطفی و کاهش علائم افسردگی بهبودی معناداری داشتند.(۲۲)، Karbalaee Mohammad Meigoni و همکاران به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی همراه با دارو درمانگری در مقایسه با دارو درمانگری در کاهش افکار خودکشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام‌کننده به خودکشی پرداختند. یافته‌ها نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی همراه با دارو درمانگری در کاهش میزان افسردگی و گرایش به خودکشی، مؤثرتر از دارو درمانگری به تنهایی بود. درمانجویان در این مطالعه سه شکل اصلی درمان را در مدت هفت ماه دریافت کردند که شامل درمان فردی، درمان گروهی و مشاوره تلفنی بود و از این جهت تا حدودی درمان استاندارد بر روی آنها اعمال شده است.(۲۳)، همچنین نتایج مطالعهAlavi و همکاران نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی، از طریق مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی توانسته است میزان افسردگی دانشجویان را کاهش دهد.(۲۴)، در این مطالعه به دلیل مدت زمان کم آموزش تنظیم هیجانی، این مؤلفه معنادار نشد ولی به هرحال در پس آزمون بهبود یافت. ضمناً مهارت‌آموزی بین‌فردی نیز از برنامه آموزش حذف گردید و درمانجویان این آموزش را دریافت نکردند. همانطور که ذکر شد، تحمل پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالات روانشناختی منفی می‌باشد. افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند پریشانی را به عنوان یک ساخت غیرقابل تحمل توصیف می‌کنند و نمی‌توانند آن را اداره کنند. دیدگاه منفی نسبت به هیجانات دارند و وجود آنها را نمی‌پذیرند. بنابراین، توانایی مقابله خود را با آنها کم ارزیابی می‌کنند.(۲۵)، همچنین، توانایی بر آگاه شدن از هیجانات، شناسایی و نامگذاری هیجانات، تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به هیجان، درک از برانگیختگی هیجان، تعدیل فعالانه هیجان منفی برای رسیدن به احساس بهتر، پذیرش هیجان منفی در زمان لزوم و تحمل هیجان منفی وقتی نمی‌توان آن را تغییر داد، روبرو شدن با آن به جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی جهت رسیدن به اهداف مهم و حمایت توأم با شفقت (تشویق و آرام کردن خود) در حالت پریشانی از مهارتهای تنظیم هیجان می‌باشد که مطالعات نشان داده‌اند همه این مهارتها به طور معنی‌داری با شاخصهای مختلف سلامت روان در جمعیت عادی و بالینی همراه هستند.(۲۶)، تخریب در کارکرد اجتماعی نیز از مهمترین خصوصیت افسردگی است. افراد افسرده بدکارکردی در تمایلات دارند و درک ضعیفی از این تمایلات دارند و نیز مشکلاتی در تفسیر اطلاعات بین‌فردی مانند هیجانات و بیان آنها دارند. نقص در این روابط در بیماران افسرده نقش اساسی در شروع و تداوم افسردگی دارد که این نقص با آموزشهای صورت گرفته مهارتهای بین‌فردی رفتاردرمانی دیالکتیکی اصلاح می‌شوند. نتایج مطالعه Nejati و همکاران نشان داد که افراد افسرده در ذهن‌خوانی و ذهن‌آگاهی در مقایسه با افراد عادی تفاوت معنی‌داری داشتند.(۲۷)، مهارت ذهن‌آگاهی رسیدن به حالت ذهنی خردگرا است و هدف بسیار مهم آن ایجاد توانایی کنترل توجه است. با توجه به نقش و اهمیت مهارتهای مطرح شده در آشفتگی هیجانی، آموزش آنها به افراد بیمار می‌تواند در بهبود مشکلات، اثربخش باشد.(۲۸)، نکته مهم در کاربرد این روش درمانی آن است که روش گروهی محاسن فراوانی دارد و منجر به تسهیل فرایند درمان می‌شود. از جمله اینکه بسیاری از بیماران سرطانی مبتلا به افسردگی، به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌گردد و انزوای اجتماعی، احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می‌کند.(۲۹)، تنیدگیهای روان‌شناختی ناشی از بیماری سرطان، سبب اضطراب و افسردگی در بیماران می‌شود و عدم کاهش و درمان این واکنشها، باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمانهای پزشکی و کاهش شانس و مدت زنده ماندن می‌شود. سرطان نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد. بیمارانی که بیماریشان را خطرناک‌تر، مزمن‌تر و غیرقابل کنترل‌تر می‌دانند منفعل‌تر می‌شوند و مشکلات روانی بیشتری دارند. ادراک بیمار درباره کنترل نشانه‌ها و یا طول دوره بیماری با حالات خلقی او مانند افسردگی ارتباط دارد. اگر چه درمانهای کنونی سرطان اثرات ارزنده‌ای در کنترل و جلوگیری از پیشرفت بیماری را دارند ولی خالی از تنیدگی نیستند. درمان یک بیمار مبتلا به سرطان را فقط نمی‌توان به ابعاد بالینی خلاصه کرد.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

سرطان و درمان آن دارای ابعاد گوناگونی است، پس لازم است که در کنار مسائل بالینی، این‌گونه مسائل هم مورد توجه قرار بگیرد. به نظر می‌رسد ارزیابی روان‌شناختی این بیماران، کشف واکنشهای شایع و عوارض روانی جهت پیشگیری و درمان سریعتر، اهمیت اساسی دارد. بیماران سرطانی نیازمند کمک برای انطباق مؤثر و زندگی بخش با بیماری مزمن‌شان هستند. امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است، بنابراین جهت برنامه‌ریزی اقدامات مناسب پرستاری، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاستهای مرتبط با آن در جامعه، نیاز آشنایی با درمانهای مناسب از جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت گروهی می‌باشد.

با توجه به محدودیتهای موجود در مطالعه حاضر مانند همسان نبودن دو گروه از نظر نوع سرطان، میزان تحصیلات و همچنین اختصاص مطالعه به زنان، به سایر محققان پیشنهاد می‌شود عوامل ذکر شده را که ممکن است در برخی موارد باعث مخدوش کردن نتایج مطالعه حاضر شده باشند را در مطالعات خود در نظر بگیرند. همچنین توصیه می‌شود برای بررسی پایدار ماندن اثربخشی آموزش، از یک دوره پیگیری نیز استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به طور معنی‌داری افسردگی بیماران مبتلا به سرطان را کاهش دهد، بنابراین توصیه می‌شود که با تأسیس مرکز مشاوره و روان‌درمانی در بیمارستانها و مراکز، از این رویکرد درمانی جدید و کارآمد در بهبود افسردگی بیماران مبتلا به سرطان نهایت استفاده شود تا در روند رو به بهبود این بیماران کمک مؤثری صورت گیرد. همچنین با توجه به نتایج مطالعه، شناخت وخامت مشکلات روانی بیماران مبتلا به سرطان و توجه به ارتقای کیفیت زندگی آنان، عنایت بیشتر وزارت بهداشت و درمان را در خصوص برنامه‌های تیم درمانی روان‌شناختی به طور جدی‌تر و گسترده‌تر در سطح بیمارستانها می‌طلبد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان و همکاری‌کنندگان در گردآوری داده‌های مطالعه حاضر سپاسگزاری می‌شود.

REFERENCES

1-Hasanpour A, Azari E. Quality of life and related factors in cancer patients. Abstract Book of National congress of care in special diseases. AUMS. 2006;42-9. [Persian]

2-Bamshad Z, Safkhani F. Assessment of mental health of women with breast cancer. Abstract Book of National congress of care in special diseases. AUMS. 2006;56-64.[Persian]

3-Noghani F, Monjamed H, Bahrani N, Ghodrati Jablo V. The comparison of self-esteem between male and female cancer patients. Hayat.2006; 12(2):33-42. [Persian]

4-So WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M, et al. The symptom cluster of Fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life woman receiving treatment for breast cancer. Multicenter study. Oncol Nurs Forum. 2009; 36(4):E205-14.

5-Dematheo MR. Health psychology. Translated by: Kaviani M. Tehran: SAMT Publication; 2008.[Persian]

6-Mehrabi T, Sheikholeslami F, Ghazavi Z, Nasiri M. The effect of group therapy on depression and anxiety levels of the patients with myocardial infarction. Iranian Journal Of Nursing & Midwifery Research. 2004; 9(3):5-13. [Persian]

7-Cappeliez P. Presentation of Depression and Response to Group Cognitive Therapy with Older Patients. Journal of Clinical Geropsychology. 2000; 6(3):165-74.

8-Jurer JP, Vercosa N. Depression patients with advance cancer and pain. Rev Bras Anestesiol. 2008; 58(3):287-98.

9-Sellick SM, Crooks DL. Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. Psycho oncology. 1999; 8(4):315-33.

10-Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. Int J Psychiatry Med 2006; 36(1):13-34.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

11-Oei TP, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behavior therapy for unipolar depressive disorder. J Affect Disord. 2008; 107(1-3):5-21.

12-Brother BM, Andersen BL. Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. Psycho-Oncology.2009; 18(3):267-75.

13-Nadimi M, Shahabizadeh F, Pishgar M, Dastjerdi R. Effectiveness of Group Style Dialectical Behavior Therapy in Increasing the Tolerance in Turmoil and improving the Emotional Adjustment of Drug Abusers. Journal of Reef Resources Assessment and Management Technical Paper. 2014; 40(1):802-11.

14-Simon JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a Self-report Measure. Motivation and Emotion.2005; 29(2):83-102.

15-Gross JJ .Handbook of Emotion Regulation. 1 rd ed. New York: The Guilford Press;2009.

16-Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi AS. The Effect of Emotional Regulation Training based on Dialectical Behavior Therapy and Gross Process Model on Symptom of Emotional problem. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2012; 14(2):49-55. [Persian]

17-Rippere V. "What's the thing to do when you're feeling depressed?" a pilot study. Behav Res Ther. 1997;15(2):185-91.

18-Vidyanidhi K, M Sudhir P. Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003; 10(2):144-56.

19-Vidyanidhi K, Sudhir PM. Interpersonal sensitivity and dysfunctional cognitions in social anxiety and depression. Asian J Psychiatr. 2009; 2(1):25-8.

20-Ghasemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. Depress Anxiety. 2005; 21:185-92. [Persian]

21-McKay M, Wood J, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook. Translated by: Hamidpour H, Andouz Z, Jomepour H. 1 rd ed. Tehran: Arjmand PRESS;2012.

22-Feldman G, Harly R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava M. Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. Behav Res Ther. 2009; 47(4):316-21.

23-Karbalaee Mohammad Meigoni A, Ahadi H. Declining the Rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy. Social and Behavioral Sciences. 2012; 35:230-6.

24-Alavi KH, Modarres Gharavi M, Amin Yazdi A, Salehi Faderdi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2011; 13(50):124-35. [Persian]

25-Azizi AR. Reliability and Validity of the persian version of Distress Tolerance Scale. ran J Psychiatry. 2010; 5(4):154-8.

26-Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. J Consult Clin Psychol. 2011; 79(3):307-18.

27-Nejati V, Zabihzadeh A, Maleki GH, Tehranchi A. Mind reading and mindfulness deficits in patients with major depression disorder. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2012;32:431-7.

28-Mahmoud Alilou M, Sharifi MA. Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder.1 rd ed. Tehran: consulting center of university of Tehran; 2011. [Persian]

29-Mokhtari S, Neshat Doost HT, Molavi H. The Effect of Cognitive-Behavior Group Therapy on Depression and Dogmatization of Patients with Multiple Sclerosis(M.S). Journal of Psychology.2008; 12(3):242-51.[Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

Abstract *Original Article*

Effectiveness of group dialectical behavior therapy on depression among patients with cancer

M. Pishgar[1], M. Nadimi[2], R. Dastjerdi[3], F. Shahabizadeh[4]

Background and Aim: Proportional to the etiology of depression among cancer patients, various treatment methods are known one of which is dialectical behavior therapy. This study investigated the effectiveness of group dialectical behavior therapy on decreasing depression level of patients with cancer.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study with pretest, posttest, and control group, 26 of cancer patients who referred to the chemotherapy centers in Shiraz in 2012 were selected through available sampling method and randomly divided into case and control groups. The case group participated in 16 ninety-minute sessions of dialectical behavior therapy, while the control group did not receive any treatment. The data collection tool was Beck Depression Inventory (BDI-II) whose reliability was determined 0.92 according to Chronbach's alpha. The data was analyzed in SPSS (version 18) using paired t-test and covariance analysis at the significant level P=0.05.

Results: The results showed that the case group's mean depression score decreased from 14.11±4.4 to 5.92±3.87 which is statistically significant (P<0.001). No significant difference was observed in the control group.

Conclusion: Findings of the study indicate that dialectical behavior therapy can reduce depression among cancer patients. Therefore, this finding can be used for planning on the basis of cognitive theory or for preventing and reducing depression among cancer patients.

Keywords: Depression; Cancer Patients; Dialectical Behavior Therapy

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2014; 11 (2):94-102

Received: December 25,2013 ***Last Revised: April 9,2014*** ***Accepted: June 16, 2014***

Corresponding Author: Mohsen Nadimi, M.Sc. of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Member of Young Researchers and Elites Club, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran. tachara_alavi@yahoo.com

[1] M.Sc of Clinical Psychology, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

[2] M.Sc of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

[3] Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Paramedicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

[4] Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]